

| TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO<br>TRATAMENTO CIRÚRGICO HIDROCELE |      |                |
|------------------------------------------------------------------------------|------|----------------|
| PACIENTE:                                                                    |      |                |
| RG:                                                                          | CPF: | DATA DE NASC.: |

Declaro para fins legais conforme segue:

**1.** A hidrocele caracteriza-se pelo acúmulo anormal de líquido no interior da túnica vaginal, que é a membrana que envolve o testículo. Esse acúmulo resulta no aumento de volume do escroto, podendo ocorrer em um ou em ambos os lados. A intervenção proposta é o tratamento cirúrgico da hidrocele (hidrocelectomia), um procedimento que visa a remoção do saco de líquido e a correção do espaço onde o fluido se acumula. O objetivo principal é eliminar o aumento de volume, aliviar o desconforto físico (como dor ou sensação de peso) e prevenir complicações futuras. Esta cirurgia é indicada quando a hidrocele apresenta sintomas, possui grande volume, é persistente ou causa impacto estético e funcional significativo ao paciente. O procedimento será realizado através de técnicas cirúrgicas consagradas, escolhidas conforme a anatomia e a necessidade clínica identificada.

## 2. PROCEDIMENTOS E TECNOLOGIA

O tratamento cirúrgico envolve procedimentos invasivos realizados em ambiente hospitalar controlado. As principais etapas e tecnologias empregadas incluem:

**2.1 Cirurgia Aberta Clássica (Hidrocelectomia):** Realização de uma incisão na região escrotal para acesso à túnica vaginal. Após a abertura da membrana, é feita a drenagem completa do líquido acumulado. Para evitar que o problema retorne, a túnica vaginal é ressecada ou submetida à eversão (dobradura e sutura das bordas), seguida de uma hemostasia rigorosa (controle de sangramentos) e fechamento da pele por planos.

**2.2 Técnicas de Eversão:** Poderão ser utilizadas as técnicas de Jaboulay ou Winkelmann, que consistem em fixar a membrana de forma a impedir o novo acúmulo de fluido, conforme a preferência técnica do cirurgião e a anatomia local.

**2.3 Drenagem e Suporte:** Em casos selecionados, onde há maior risco de acúmulo de secreções ou sangue no pós-operatório imediato, poderá ser colocado um dreno de sucção ou dreno de Penrose, a ser removido em momento posterior conforme orientação médica.

**2.4 Anestesia e Segurança:** O procedimento será realizado sob anestesia (geral, raquianestesia ou local com sedação), definida pelo anestesiolologista. Serão aplicadas técnicas assépticas rigorosas, com o uso de instrumental especializado, fios de sutura (absorvíveis ou não) e materiais descartáveis estéreis. A escolha definitiva da técnica poderá sofrer adaptações durante o ato operatório para garantir o melhor resultado terapêutico.

## 3. AVALIAÇÃO DE RISCOS E BENEFÍCIOS

### 3.1 BENEFÍCIOS ESPERADOS

Os benefícios pretendidos com a cirurgia incluem a eliminação definitiva do volume escrotal aumentado e da sensação de peso; alívio de dores na região genital; melhora da estética e da funcionalidade para atividades diárias e uso de vestimentas; e a prevenção de complicações pelo crescimento progressivo da hidrocele. O procedimento possui alta taxa de sucesso.

### 3.2 RISCOS PREVISÍVEIS E COMPLICAÇÕES

Como todo procedimento invasivo, existem riscos gerais (sangramento, infecção, reações alérgicas, problemas cardiovasculares ou respiratórios) e riscos específicos à hidrocelectomia:

- Hematoma (acúmulo de sangue) ou edema (inchaço) acentuado no escroto nos primeiros dias;
- Deiscência (abertura) dos pontos de sutura ou infecção no sítio cirúrgico;
- Dor local persistente, necessitando de analgesia prolongada;
- Recorrência (volta) da hidrocele em uma pequena porcentagem de casos;
- Lesão acidental de estruturas adjacentes, como o cordão espermático ou o testículo, com risco raro de alteração na fertilidade ou função testicular;
- Formação de cicatrizes hipertróficas (queloides) ou alterações de sensibilidade na pele do escroto.

Riscos específicos do paciente: \_\_\_\_\_

#### 4. ALTERNATIVAS AO TRATAMENTO

As alternativas à cirurgia incluem: (a) Conduta expectante: observação periódica para hidroceles pequenas e sem sintomas, ciente de que não há cura espontânea na maioria dos adultos; (b) Punção aspirativa: retirada do líquido com agulha, que apresenta alta taxa de retorno do líquido e risco de infecção; (c) Escleroterapia: injeção de substâncias após a aspiração, com eficácia inferior à cirurgia e risco de inflamação intensa. A cirurgia permanece como o tratamento definitivo mais eficaz.

#### 5. PROCESSO DE RECUPERAÇÃO E CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

A alta hospitalar ocorre geralmente em até 24 horas. O paciente deve seguir rigorosamente as orientações: uso de analgésicos e anti-inflamatórios prescritos; repouso relativo nas primeiras 48 horas; uso de suspensório escrotal para reduzir o inchaço; higiene local cuidadosa mantendo a ferida seca; e aplicação de gelo conforme orientado. Sinais de alarme como febre, dor intensa não controlada, sangramento abundante ou inchaço súbito exigem retorno imediato ao serviço de emergência.

#### 6. USO DE SANGUE E HEMODERIVADOS

A perda sanguínea neste procedimento é considerada mínima (inferior a 100 mL). A necessidade de transfusão de sangue é extremamente rara, sendo indicada apenas em situações de sangramentos atípicos ou condições clínicas prévias graves, seguindo todos os protocolos de segurança institucional.

7. Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico;

8. Estou ciente de que, para realização do(s) procedimento(s) acima especificado(s), poderá ser necessária a utilização de órteses, próteses e materiais especiais e por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi(ram) exposto(s) no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis, emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a necessidade de cada evento;

9. Esta autorização é dada ao médico que me assiste bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de coparticipação;

10. Declaro que fui esclarecido(a) sobre todas as dúvidas referentes ao procedimento proposto, bem como sobre os riscos, benefícios e alternativas, e que as informações prestadas foram suficientes para minha compreensão;

11. Estou ciente de que este procedimento não garante resultado definitivo ou cura, e que o resultado pode variar conforme as condições clínicas individuais;



**12.** Declaro que me reservo o direito de revogar este consentimento a qualquer momento antes da realização do procedimento, sem necessidade de justificativa;

**13.** Declaro que li, compreendi e concordo com todos os itens acima referidos, e que, apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas e de terem sido esclarecidas todas as dúvidas, estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas, RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento antes que o procedimento, objeto deste documento, se realize;

**14.** Declaro ter sido devidamente informado(a) e compreender que a instituição atua como um hospital de ensino. Estou ciente e concordo que, em virtude dessa natureza institucional, meu atendimento poderá contar com a participação de médicos residentes, internos e outros profissionais de saúde em treinamento, os quais poderão realizar avaliações clínicas, prescrever tratamentos e atuar nos procedimentos indicados.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:

Declaro que expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está(ão) em condições de compreender o que lhes foi informado.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA PROFISSIONAL

Nome:

Número do Conselho Profissional/ES:

\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
**Local, hora, data**

(1ª via: médico 2ª via: Paciente 3ª via: Prontuário *(levar para o Hospital no dia do procedimento)*).